

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

148

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger PERETON

Né le 19 août 1905, à Chambon-sur-Voueize (Creuse)

Ancien Externe des Hôpitaux

Ex-Interne de Saint-Lazare.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DES

BARTHOLINITES CHRONIQUES

ET

PRÉSENTATION D'UN DISPOSITIF FIXATEUR
DES PETITES LÈVRES PERMETTANT DE PRATIQUER
SANS AIDE LES PETITES OPÉRATIONS SUR LA VULVE

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

831

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger PERETON

Né le 19 août 1905, à Chambon-sur-Voueize (Creuse)

Ancien Externe des Hôpitaux

Ex-Interne de Saint-Lazare

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DES

BARTHOLINITES CHRONIQUES

ET

PRÉSENTATION D'UN DISPOSITIF FIXATEUR

DES PETITES LÈVRES PERMETTANT DE PRATIQUER

SANS AIDE LES PETITES OPÉRATIONS SUR LA VULVE

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DEGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN .. . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N.	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale

MM	
MOCQUOT'	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉMOT'	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
chaire		l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrège....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance de
mon affection et de ma profonde admira-
tion.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR VICTOR PERETON

Chevalier de la Légion d'honneur

Chirurgien militaire

Gouverneur des Colonies

A M. LE PROFESSEUR MARION

*Qui nous a fait le très grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de cette
thèse.*

*Témoignage de notre respectueuse recon-
naissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage et Externat :

M. LE PROFESSEUR DELBET

M. LE PROFESSEUR SERGENT

M. LE DOCTEUR RIST

M. LE DOCTEUR LOUSTE

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

M. LE DOCTEUR BERTRAND FONTAINES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

Internat de Saint-Lazare :

M. LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON

M. LE DOCTEUR ERMENGE

A M. LE DOCTEUR BRIZARD

Médecin de Saint-Lazare
Médecin chef du Dispensaire de salubrité

A M. LE DOCTEUR EMERY

Médecin de Saint-Lazare

A M. LE DOCTEUR PAUL BLUM

Médecin chef du Centre prophylactique
de l'Hôpital de Saint-Denis

A M. LE DOCTEUR FÉLIX MARSAU

A M. LE DOCTEUR JEAN BRALEZ

*Remerciements affectueux pour les con-
seils qu'il nous a donnés et pour l'amitié
dont il nous honore.*

AUX DOCTEURS MORIN, BELGODÈRE, GEORGES
LÉVY

Médecins Assistants de Saint-Lazare

A MES AMIS

LES DOCTEURS ANDRÉ SERGENT, ANDRÉ FOL-
LIASSON, MAURICE CHAIGNON, PIERRE LYON-
NET, THIBAUT, PIERRE THÉVENARD, PIERRE
GRANGER, CHARLES-EUGÈNE BOURSAT

À MON MAÎTRE

M LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON

Médecin de Saint-Lazare
Officier de la Légion d'honneur

*Qui, depuis que nous avons eu l'honneur
d'être son interne, n'a cessé de nous témoi-
gner la plus grande bienveillance, qui a été
pour nous un maître et un ami, qui m'a ins-
piré cette thèse et guidé de ses conseils,*

*Dont l'enseignement clinique incomparable
restera toujours inoubliable.*

*Hommage de profond attachement et de
respectueuse reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR LOUSTE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a toujours assuré de sa bienveillance.

En témoignage de notre affection très profonde et de notre admiration.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Qui depuis que nous sommes son élève n'a cessé de nous témoigner la plus grande bienveillance.

En témoignage de nos sentiments très affectueux et reconnaissants.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT
DES
BARTHOLINITES CHRONIQUES

INTRODUCTION

Tous les auteurs qui se sont occupés de blennorragie ont insisté sur la difficulté du traitement de la blennorragie chez la femme.

En effet comme le fait remarquer Janet, chez elle presque tous les foyers gonococciques se trouvent en dehors de l'urètre.

Fort bien décrits par Martineau, ces foyers sont l'urètre, les quatre glandes de Skène, les deux glandes de Bartholin, le col de l'utérus, l'utérus et les deux trompes.

On comprend donc que le traitement de la blennorragie chez la femme doit s'attacher à chacun de ces foyers de localisation et l'on est assez surpris de voir que d'une manière générale la thérapeutique se contente de lavages vaginaux, alors que de l'avis des auteurs, la muqueuse vaginale présente une résistance particulière à l'infection gonococcique.

Certains travaux cependant se sont efforcés de s'attaquer à ces différents foyers, en trouvant pour chacun d'eux des soins propices.

Devant la fréquence de l'atteinte de la glande de Bartholin par le gonocoque, second foyer après l'urètre, qui semble plus souvent touché, nous avons recherché d'une façon particulière les différentes thérapeutiques qui avaient été utilisées dans le traitement des bartholinites et plus spécialement dans celui de la bartholinite chronique ; forme particulièrement dangereuse parce que passant le plus souvent inaperçue.

Il ne s'agit pas de reconnaître les gros abcès des glandes de Bartholin, de diagnostic évident pour le moins prévenu, il s'agit, de déceler de façon précoce l'infection gonococcique de ces glandes ou de leur canal excréteur ou enfin de découvrir les bartholinites à gonocoques sans réactions inflammatoires apparentes (Janet).

Ce sont ces formes, en effet, particulièrement dangereuses, comme M. Milian a coutume de le faire remarquer dans son enseignement, qui sont d'autant plus contagieuses pour le partenaire qu'il en a provoqué dans l'organe vénérien la sécrétion plus abondante.

Devant la fréquence de ces formes chroniques, que nous avons eu si souvent l'occasion de rencontrer tant dans le service de M. le Professeur Heitz-Boyer, à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis et de l'Hôpital Lariboisière, que dans le service de M. le Dr Clément Simon à l'Infirmierie spéciale de Saint-Lazare, nous nous sommes attachés avec la si étroite collaboration de l'assistant du service, Jean Bralez, à étudier leur traitement d'une façon plus approfondie.

Pendant deux ans, dans ces deux services sous la direction de ces deux maîtres auxquels nous sommes heureux d'adresser ici le témoignage de notre affectueux dévouement et sincère attachement, nous avons eu de nombreux cas et nous avons été frappés du peu de développement que leur accordent les grands traités et même certains ouvrages spéciaux.

Tous les auteurs semblent d'accord pour reconnaître la nécessité qu'il y a, à injecter dans ces cul-de-sac glandulaires des solutions antiseptiques.

M. Janet, en particulier, a indiqué dans son traité toute une technique et une instrumentation spéciale.

En face de toutes les difficultés pratiques que nous avons rencontrés à l'application de ces différentes méthodes, nous avons été amenés à créer une technique avec une instrumentation spéciale qui nous a permis de procéder seul, et, d'une façon pratique, au traitement de ces bartholonites chroniques.

CONSIDÉRATIONS BACTÉRIOLOGIQUES, ÉTIOLOGIQUES ET CLINIQUES

En 1920, MM. Léon Bizard et Paul Blum, soucieux de la prophylaxie de la blennorrhagie féminine, à la suite de la recrudescence des maladies vénériennes consécutive à la guerre, faisaient paraître dans les *Annales des maladies vénériennes* une importante revue sur les bartholinites.

L'historique de cette affection remonte à Bartholin qui le premier en 1677 arriva à disséquer les glandes vulvo-vaginales, mais en réalité il faut arriver à Hughier en 1849 pour trouver une description précise des affections des glandes de Bartholin qui jusqu'alors étaient mal connues et improprement appelées : abcès des lèvres, inflammation diffuse ou inflammation des follicules pileux.

La bartholinite est une affection surtout observée chez la femme en pleine période d'activité génitale.

Les cas les plus fréquemment observés le sont chez des jeunes femmes de 18 à 35 ans,

Rocaz, cependant, en a observé chez des petites filles à la suite de vulvo-vaginite ; tandis que le Dr Belgodère en 1927 dans les *Annales des maladies vénériennes* en rapporte un cas chez une vieille femme,

comme unique manifestation de l'infection gonococcique.

Certaines professions pénibles peuvent prédisposer à l'infection de ces glandes de même que la malpropreté ou le traumatisme, ce qui pourrait expliquer la fréquence de ces affections chez les prostituées.

De même le rôle de la congestion déterminée par la grossesse ou les règles est certaine, mais il n'a peut-être pas l'importance que veulent lui donner certains auteurs.

Quant au siège de la bartholinite quelques-uns, comme Hughier, affirmaient une prédominance à gauche ; d'après notre observation personnelle nous nous rangeons plus volontiers à l'avis de Verchère, qui est en faveur de la bilatéralité des lésions. Dans la plupart des cas, nous avons trouvé que les deux glandes vulvo-vaginales étaient ou avaient été le siège d'une infection.

En pratique la bartholinite est presque toujours consécutive à une vulvo-vaginite blennorragique.

L'étude bactériologique de la bartholinite remonte à la découverte du gonocoque par Neisser en 1879.

Ce fut du reste le premier germe trouvé dans le pus des bartholinites aiguës. Arning et Welandér dès 1883 en signalent l'existence.

On le trouve même de façon presque certaine dans le pus des bartholinites chroniques et de nombreux auteurs en confirment la recherche positive.

• Par contre les recherches négatives, sont dues d'après Sorrentino à ce que ce microbe devient rare

ou même disparaît rapidement des tissus enflammés et qu'il est exceptionnel d'en pouvoir démontrer la présence dans les tissus affectés de lésions anciennes.

A côté de ces formes dues aux gonocoques seuls, ou le plus ordinairement associés à d'autres pyogènes, on rencontre des Bartholinites dues uniquement aux pyogènes : streptocoques et staphylocoques, parfois même le colibacille sans aucune autre association a pu être isolé dans la sécrétion des bartholinites.

Mais comme le font si justement observer Léon Bizard et Paul Blum : « C'est que des bartholinites en apparence banales sont susceptibles de se réchauffer et de donner issue lors des poussées aiguës à du pus contenant du gonocoque, alors même qu'il n'y en a pas à des examens antérieurs.

L'existence de cette forme latente semble corroborer l'idée que la clinique nous a parue confirmer, que le gonocoque est dans la presque totalité des cas, le germe pathogène de la bartholinite ».

Nous passerons très rapidement sur la bartholinit aiguë ; faisant suite ordinairement à une blennorragie vulvo-vaginale ou uréthrale de diagnostic le plus souvent évident.

En plus des signes annonciateurs : sensation spéciale de cuisson, chaleur, irritation vulvaire, les malades éprouvent une véritable douleur vulvaire exacerbée par la marche, la fatigue ou la station assise trop prolongée.

La douleur a son maximum au niveau de l'abcès ; en effet, on est en présence d'une tuméfaction ayant

tous les caractères d'un abcès chaud. La glande prend le volume d'une noix, parfois même beaucoup plus volumineuse, obstruant l'entrée du vagin, s'accompagnant le plus souvent d'un œdème important, remontant jusqu'à la région clitoridienne.

La douleur augmente, irradie vers l'anus, l'ischion, l'aîne, exacerbée lors des efforts de miction et de défécation.

La muqueuse est rouge, soulevée largement, bombant dans le vagin. L'orifice est rouge vif, parfois entouré d'une zone congestive, macula gonorrhéique de Sanger, ou même d'une érosion ou d'une petite ulcération, la fluctuation va devenir évidente. Les ganglions sont durs et douloureux habituellement dans l'aîne du même côté que la bartholinite. L'état général qui au début n'était pas touché s'altère rapidement, la température est à 39°, le pouls est petit. Céphalée, insomnie et frissons accompagnent ce tableau.

Si l'on n'intervient pas à cette période, il est bien rare que l'abcès se résorbe ; le plus souvent il s'ouvre et le pus s'évacue au dehors ; d'abondance variable, plus ou moins lié, il est jaune verdâtre ou chocolat, et très souvent mélangé à du sang et nettement rougeâtre.

Le drainage peut être suffisant, la glande reprend peu à peu son volume et sa consistance normale, ou reste dure et scléreuse.

Malheureusement ce qui persiste fréquemment ce sont les fistules consécutives à l'ouverture spontanée de ces abcès.

Le plus souvent ce sont des fistules vulvo-vulvaires ; parfois cependant cette ouverture peut se faire au loin : à la fourchette, au périnée, dans le vagin lui-même, à l'anus, parfois dans le rectum, mais ces formes à distance sont heureusement l'exception.

Dans tous les cas on devra explorer ces fistules vulvaires avec autant de soins, de méthodes et de précautions que les fistules ano-rectales.

Verchère faisait une distinction très nette entre les fistules du corps et celles du canal excréteur ; la forme la plus importante à retenir est la forme en Y du conduit excréteur, due à l'ouverture de l'abcès du canal excréteur à l'extérieur par un orifice peu éloigné de l'orifice vulvaire.

Quelques complications très rares sont à citer, telle la lymphangite parfois très marquée, laissant une traînée de vaisseaux lymphatiques, durs, sensibles, tuméfiés, aboutissants à des ganglions inguinaux plus ou moins enflammés et douloureux, l'abcès phlegmoneux et l'érysipèle beaucoup plus rare.

Malheureusement cette forme aiguë présente fréquemment une guérison qui n'est qu'apparente et, trop souvent, elle passe à la chronicité.

C'est cette forme chronique, si dangereuse au point de vue contagion de la blennorrhagie, que nous nous proposons d'étudier.

Passant le plus souvent inaperçue, ignorée des malades, c'est au médecin de la soupçonner et de la dépister, car elle est un danger permanent d'infection et est parfois l'origine, souvent même très tar-

diver, d'une contamination par une femme dont l'urètre et la muqueuse vulvo-vaginale sont sains, par une femme indemne de gonocoques, exception faite pour les glandes de Bartholin.

Huguier a décrit deux formes de bartholinites chroniques : une forme parenchymateuse où la glande et le tissu péri-glandulaire sont durs, rénitents, peu douloureux, par opposition à une forme granuleuse, ou multi-loculaire, faite de petits abcès enflammés qui se verrait lorsque la surface même de la glande a été mise à nu à la suite d'abcès.

Nous pensons en réalité avec Verchère que la bartholinite peut être chronique secondairement à l'état aigu mais que le plus souvent elle est chronique d'emblée.

Elle s'établit à l'insu de la malade, c'est à peine si de loin en loin, dans certaine condition, elle provoque un sentiment de tension, de gêne au niveau de la petite lèvre, qui disparaît au bout de quelques jours ; c'est au moment des règles ou à la suite de rapports trop répétés, que parfois se montre ces troubles passagers.

Dans la plupart des cas, il faut rechercher la bartholinite chronique pour la découvrir.

D'après les nombreux cas qu'il nous a été permis d'observer, il semble qu'il faille décrire une forme de bartholinite canaliculaire où la glande elle-même, peut rester indemne et où l'infection se localise au canal excréteur seul.

Dans ce cas la glande conserve ses caractères nor-

maux de volume et de consistance, mais le canal est augmenté de volume et surtout, signe caractéristique, laisse s'écouler une gouttelette de pus.

Lorsque cette gouttelette de pus est évacuée, si l'on presse sur la glande, on peut très facilement faire sourdre du mucus clair, transparent, normal et, qui démontre l'intégrité de la glande elle-même.

De là, s'explique, très aisément, les conclusions contradictoires d'examens successifs pratiqués à ces deux phases différentes.

Cependant dans la plupart des cas la glande est prise d'emblée, et il faut rechercher la bartholinite chronique pour la découvrir.

La glande est augmentée de volume, et forme au-dessous de la muqueuse un très léger relief arrondi régulier, de consistance plus grande qu'à la normale, molasse, semi-fluctuante, de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix.

Très rarement fluctuante, mobile dans tous les sens, paraissant énucléable et donnant à la pression du pouce et de l'index qui la palpent, la sensation d'un véritable ganglion mobile.

La pression exercée fait sourdre à l'orifice plus ou moins rouge du canal excréteur, une gouttelette de muco-pus ou de pus franc.

Cet orifice, en effet, est modifié dans sa couleur, et dans sa forme ; de rouge vif qu'il est le plus souvent, on peut rencontrer à des stades successifs une desquamation épithéliale péri orificielle, ou même une ulcération. Cette ulcération avec ses bords indé-

cis, et son fond grisâtre ressemble plutôt à une véritable excoriation.

Cette lésion orificielle, entretenue par l'écoulement purulent venant de la glande a une durée longue, d'ordinaire égale à celle de la bartholinite et ne disparaît qu'avec elle.

Bien souvent la marche chronique de ces bartholinites est troublée par de petites poussées subaiguës, grâce auxquelles la malade s'aperçoit de sa lésion, ignorée le plus souvent jusque-là.

Nous insistons sur ce fait, car dans notre pratique, à moins d'un examen complet à la suite d'une contamination du partenaire c'est toujours à la suite d'une de ces petites poussées subaiguës que nous avons été amené à examiner nos malades qui jusqu'alors ignoraient tout, de leur infection vulvaire.

De nombreuses causes sont en faveur de ces recrudescences subaiguës dans les bartholinites chroniques.

Chez certaines femmes, non traitées, elles se reproduisent parfois un nombre considérable de fois.

Les excès de coït, les désirs et les excitations sexuelles, sont une des causes congestives les plus fréquentes, ainsi que la danse, l'équitation et la menstruation. Certaines femmes infectées voient même réapparaître après chacune de leurs règles, ces mêmes phénomènes.

Chez les prostituées, il est une autre cause de congestion surajoutée, qu'il nous a été fréquente d'observer, tant dans le service de l'infirmerie spéciale de

Saint-Lazare qu'au dispensaire Toussaint-Barthélemy.

Ces femmes, que leur triste destin oblige à des rapports quotidiens, ont l'habitude d'introduire dans leur vagin, au moment des règles, un tampon de coton, afin d'éviter à leurs organes génitaux externes, toutes souillures sanglantes.

La congestion due à la menstruation d'une part, à laquelle viennent se surajouter la macération créée par ce barrage à l'écoulement sanguin normal, le frottement de ce tampon de coton sur les parois latérales du vagin et de la vulve, d'autre part, nous ont paru être une des causes prédisposantes de ces poussées subaiguës au cours des bartholinites chroniques.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Il nous a paru indispensable avant d'étudier les manifestations cliniques des glandes de Bartholin et leur traitement, de reprendre l'étude de l'anatomie topographique de la région.

Nous verrons plus loin lorsque nous aborderons le traitement, qu'il est nécessaire de connaître dans ses moindres détails la situation de la glande, de son canal et surtout de l'orifice de ce dernier :

Les glandes de Bartholin également appelées quelquefois par les anatomistes glandes de Tiedman, parce que cet auteur les a tirées de l'oubli où elles étaient tombées, ou glandes de Cowper de la femme, parce qu'en effet elles rappellent par leur forme, leur situation et leur variation de volume la glande bulbo-urétrale de l'homme.

Au nombre de deux, chacune d'elle est située sur les côtés postéro-latéraux de l'orifice vulvo-vaginal, entre lui et l'ischion, au niveau du bord postérieur du diaphragme uro-génital. Elle se trouve à un centimètre ou un centimètre et demi en dedans de l'ischion, à un centimètre du fond du pli génito-crural (Huguier), à un centimètre et demi du revêtement

cutanéomuqueux du vestibule. Elle est à deux centimètres ou trois centimètres du bord inférieur libre de la grande lèvre, de sorte que si l'on voulait découvrir la glande de Bartholin par une incision passant par le point le plus saillant de cette lèvre, il faudrait aller à une profondeur de deux à trois centimètres (Zweifel), bien qu'elle soit comprise dans la loge inférieure du périnée ; ce n'est cependant que chez les femmes maigres qu'on réussit à la sentir à la palpation.

La glande de Bartholin, grosse comme un pois ou une fève, pèse quatre à cinq grammes ; ovalaire, un peu aplatie transversalement, à grand axe antéro-postérieur, elle a été comparée à une amande d'abricot (Hughier).

Elle ne présente pas toujours le même volume des deux côtés ; d'autre part elle est soumise à des différences individuelles souvent très marquées et nous insistons particulièrement sur ce fait, chez l'adulte sa longueur varie entre sept et vingt millimètres, sa largeur entre quatre et onze millimètres, son épaisseur entre trois et sept millimètres.

De couleur blanc jaunâtre ou gris rougeâtre, d'une consistance ferme et élastique, de surface granuleuse, irrégulière, parfois dissociée en plusieurs lobes surtout chez les multipares, elle offre d'après sa forme à étudier deux faces, deux bords, et deux extrémités.

La face externe convexe regarde en dehors et un peu en bas ; elle est recouverte immédiatement par des veines, par le rameau profond de la branche péri-néale du nerf honneur interne, par le muscle bulbo-

caverneux ; plus superficiellement elle est en contact avec les nerfs périneaux superficiels et l'aponévrose périnéale inférieure qui la sépare du tissu cellulaire et de la peau de la grande lèvre. Dans sa partie antérieure, la face externe touche le bulbe du vestibule qu'elle déborde en arrière.

La face interne plane ou concave regarde en dedans et en haut. Elle répond au vagin dont la sépare un prolongement de l'aponévrose moyenne et le muscle sphincter de la vulve. Le bord inférieur est recouvert par les fibres du muscle bulbo-caverneux.

Le bord supérieur repose sur le diaphragme urogénital dans l'épaisseur duquel s'insinuent souvent quelques globules glandulaires.

L'extrémité postérieure est en rapport avec les faisceaux antérieurs du transverse superficiel du périné. L'extrémité antérieure est en contact avec le bulbe vestibulaire qui souvent la recouvre ; elle n'atteint pas la partie moyenne de l'orifice vaginal.

Le canal excréteur naît de la face interne de la glande. Il est long de quinze à vingt millimètres, de largeur variable ; deux millimètres environ.

Il se dirige en avant, en dedans et un peu en bas, traverse les fibres du muscle sphincter de la vulve et se trouve situé entre le bulbe et la paroi latérale du vestibule.

Il s'ouvre dans le fond de la gouttière nymphohyménéale ou nympho-caronculaire, à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de l'orifice vaginal. L'orifice est arrondi un peu élargi, par-

fois déprimé en entonnoir, parfois recouvert par un petit repli de la muqueuse, souvent entouré d'un petit cercle rougeâtre. Il n'est pas toujours facile à apercevoir, étant souvent voilé par un petit repli falciforme. Il arrive aussi souvent que les orifices des deux canaux droit et gauche ne soient pas exactement symétriques.

Les artères de la glande de Bartholin viennent de la honteuse interne, ordinairement de sa branche bulbair ou vestibulaire et aussi de l'artère périnéale superficielle.

Les veines nombreuses plexiformes se jettent les unes directement dans la veine honteuse interne, les autres dans les veines du bulbe et de l'extrémité inférieure du vagin.

Les nerfs sont abondants, quelques-uns viennent des filets sympathiques, périvasculaires, d'autres dépendent de la branche périnéo-vulvaire du nerf honteux.

On est encore peu renseigné sur les lymphatiques de la glande de Bartholin.

Les rares recherches faites jusqu'à présent sont contradictoires, comme sont contradictoires sur ce même sujet les données de la clinique, c'est ainsi que Guéra met en doute l'existence même des lymphatiques dans la glande vulvo-vaginale, parce que les plus fortes inflammations, les suppurations les plus complètes de la glande n'ont aucun retentissement ganglionnaire, tant qu'elles n'intéressent pas soit la peau, soit la muqueuse vaginalè.

D'autres se basant uniquement sur les constatations cliniques, ont admis avec Zeissl et Kaestle, que les abcès de la glande s'accompagnent fréquemment d'adénite inguinale, tandis que Bergh considère que les lymphatiques des glandes vulvo-vaginales sont tributaires des ganglions intra-pelviens, et que les bartholinites ne retentissent sur les ganglions inguinaux que si la peau ou la muqueuse sont atteintes.

Rille publie une observation montrant que l'inflammation de la glande de Bartholin peut se compliquer d'une tuméfaction et d'une suppuration des ganglions inguinaux.

Mais toutes ces opinions n'ont aucune base anatomique. Hughier avait obtenu quelques résultats en essayant d'injecter les lymphatiques de la glande. Il avait réussi à remplir quelques canaux tributaires des ganglions intra-pelviens, placés entre les parties latérales du vagin et du rectum, c'est-à-dire des ganglions hypogastriques.

Brunhs a fait des recherches sur les lymphatiques des glandes de Bartholin ; comme on ne peut découvrir la glande sans détruire la plus grande partie des canaux lymphatiques qui en partent, cet auteur a poussé l'injection au niveau de l'abouchement du canal excréteur et à une profondeur correspondant à celle de la glande elle-même. En faisant ainsi, Brunhs a toujours vu que le liquide injecté gagnait les ganglions inguinaux et en particulier ceux qui reçoivent normalement les lymphatiques des lèvres, c'est-à-dire les ganglions inguinaux superficiels supéro-internes.

Jamais la masse d'injection ne s'est propagée aux ganglions intra-pelviens.

Brunhs reconnaît qu'il ne sait pas si dans tous les cas l'injection a été faite dans la glande de Bartholin ou dans le tissu environnant.

De ces observations il résulte cependant que normalement les lymphatiques des glandes vulvo vaginales sont tributaires des ganglions inguinaux.

DIAGNOSTIC

Très facile dans les formes aiguës, lorsque la tuméfaction présente de la fluctuation nette le diagnostic est à peu près sûr.

On éliminera de même facilement le plus souvent un furoncle de la grande lèvre, il suffira d'examiner attentivement la région pour voir qu'il s'agit d'une nécrose d'un appareil pilo-sébacé.

Il en est de même pour les lymphangites, phlegmons, érysipèles qui seront facilement distingués.

Les tumeurs de la vulve ne prêtent à confusion que si elles sont infectées secondairement.

Le thrombus de la vulve peut ressembler à une bartholinite s'il est lui-même le point de départ d'un abcès.

Le chancre syphilitique vulvaire, s'accompagnant de cet œdème de la grande lèvre si caractéristique, œdème mou, se laissant facilement déprimer.

Il suffira de rechercher l'exulcération du chancre et le tableau clinique qui l'accompagne pour faire le diagnostic.

Enfin, mais beaucoup plus rarement, on pourra avoir à faire le diagnostic, avec les abcès stercorovulvaires.

Quant à la bartholinite chronique, le palper et l'expression de la glande sont les deux manœuvres indispensables pour le diagnostic.

Il s'agit donc de pratiquer avec méthode ce mode d'exploration clinique, le plus important de la glande de Bartholin.

Pour palper cette glande on procédera de la façon suivante : on introduit à l'entrée du vagin, avec douceur et horizontalement l'index de la main du même côté que la glande à explorer, puis on le fléchit en crochet, on en coiffe la glande et on la repousse légèrement en dehors, le pouce de la même main doit faciliter cet examen, maintenant la région où se trouve normalement la glande, l'extrémité du pouce étant dans la partie inférieure du pli génito-crural.

Cette manœuvre fait sourdre à l'orifice du canal une goutte de pus ou de muco-pus.

On s'aidera alors de la bactériologie, qui devra venir au secours de l'examen clinique. Pour que cet examen ait une réelle valeur il faut non pas prendre le pus à l'orifice du canal souillé par les microbes habituels de la vulve et du vagin, mais cathétériser ce canal et prélever le pus le plus profondément possible.

Le fil de platine étant introduit à un ou deux centimètres de profondeur, on malaxera en même temps la glande afin de recueillir ce produit de massage.

On recherchera alors le germe en cause : gonocoque le plus souvent, par des examens pratiqués en série ; directement sur frottis. Parfois on devra faire

d'assez nombreuses cultures avant de pouvoir le mettre en évidence.

Il n'en est pas toujours ainsi, et il faut savoir que tout écoulement provenant du massage de la glande de Bartholin n'est pas toujours pathologique.

Nous nous permettons d'emprunter à Léon Bizard et Paul Blum une bonne description qui ait été faite de ces écoulements non contagieux, mal connus et trop souvent mal interprétés.

« L'hypersécrétion de la glande de Bartholin est pathologique lorsqu'elle devient très abondante. Elle est normale, c'est-à-dire physiologique au moment du coït : elle peut se produire ou augmenter sous l'influence d'attouchement, de lecture, de conversations lascives, etc... En d'autres termes elle est la résultante de toute cause susceptible d'exciter les désirs vénériens. Il s'agit là d'une sorte d'orgasme sexuel qui se traduit par une véritable éjaculation de mucus incolore, filant, quelquefois très abondant. Il n'est pas rare que cette hypersécrétion n'entraîne une hypertrophie glandulaire permanente, formant une véritable petite tumeur bénigne de la glande, qui offrira un terrain tout préparé à l'infection blennorragique. Lorsque l'on examine alors le canal excréteur de la glande on peut faire sourdre par la pression avec l'index un liquide assez abondant absolument clair comme du blanc d'œuf.

Ce liquide est muqueux, visqueux, collant, il sort difficilement du canal excréteur, auquel il paraît

adhérer, il est absolument aseptique, ne contient pas trace de polynucléaires.

Chez les prostituées, ce liquide est parfois légèrement blanchâtre et laiteux, comme le liquide obtenu par expression de leur urèthre ; cette goutte opalescente est nécessaire à connaître, elle n'est pas contagieuse si la femme n'a pas eu au préalable de blennorrhagie vulvo-vaginale, elle ne contient pas en tous cas de polynucléaire et les recherches bactériologiques (frottis et cultures) en sont toujours négatives.

RADIOGRAPHIE

Nous avons pensé qu'il était utile, afin de compléter l'examen clinique des bartholinites chroniques, de procéder à des examens radiographiques de ces glandes.

Avec la collaboration du D^r Pierre Thévenard, dans le Service de M. le Professeur Heitz-Boyer, nous avons fait de nombreuses radiographies de ces glandes.

La substance opaque employée, était le lipiodol. Il suffit d'en injecter, sous assez forte pression, quelques centimètres cubes, après cathétérisme du canal.

Ces examens faits en série nous ont montré d'une part la direction du canal d'autre part la situation et la forme de la glande.

Le canal, très variable comme longueur et comme largeur, a presque toujours la même direction ; il se dirige en dedans, en bas et en dehors, en allant de l'orifice vers le tissu glandulaire.

L'étude de la forme et de la direction de ce canal étant, sauf de rares exceptions, toujours identiques, nous a permis de créer une aiguille spéciale, facilitant le cathétérisme.

Par contre la glande elle-même varie à l'infini, tant comme volume que comme forme.

Certaines présentent un tissu glandulaire formant un tout bien isolé des tissus environnants, d'autres au contraire ne sont constitués que par de nombreux lobes glandulaires, souvent assez éloignés de la masse principale de la glande. Nous verrons tout à l'heure, la difficulté opératoire qui résulte de ces formes multiloculaires.

Nous donnons ci-contre deux de ces radios.

Dans le cliché n° 1 nous avons une forme typique de bartholinite chronique, tandis qu'au contraire dans le deuxième cliché on voit très nettement sous la partie la plus importante de la glande trois autres petits lobes semblant isolés du reste de l'appareil glandulaire.



Cliché N° 1



Cliché N° 2

TRAITEMENTS

Presque tous les auteurs sont d'accord sur les directives générales du traitement des bartholinites, qu'elles soient aiguës ou chroniques.

Les chirurgiens conseillent l'incision large s'ils ont affaire à une forme aiguë, ou l'ablation, exérèse totale si la bartholinite est chronique. Dans ce dernier cas, les médecins se contentent d'introduire dans le canal excréteur et jusque dans les culs-de-sac glandulaires des solutions antiseptiques.

Personnellement nous n'apporterons aucune nouvelle thérapeutique, nous nous contenterons d'exposer notre technique opératoire, qui facilite l'introduction de ces antiseptiques généraux, qui permet d'opérer seul et qui rend ce mode de traitement considéré jadis comme une thérapeutique délicate, à la portée de tous.

Nous ne parlerons que pour mémoire les différents traitements employés jusqu'ici.

Si la bartholinite est aiguë, bombant largement, les chirurgiens conseillent l'incision aussi large que possible : nous nous contentons, en général, dans ce cas, d'une petite incision au galvanocautère ; le

drainage est très suffisant ; on peut, à la rigueur, laver la poche avec un antiseptique et surtout il ne reste pas de cicatrices. Ce n'est pas là une simple question d'esthétique qui a pourtant souvent son importance, mais fréquemment à la suite de ces vastes incisions il reste un véritable « entonnoir profond » au fond duquel persiste un foyer infecté, très difficile à atteindre.

A un stade moins aigu nous employons volontiers la méthode proposée par MM. Sezary et Duruy : la prothéinothérapie locale qui nous a toujours donné en pareil cas d'excellents résultats.

Parfois nous avons observé une grosse réaction inflammatoire locale le lendemain de l'injection, mais toujours de très courte durée et faisant bientôt place à une guérison surprenante de rapidité.

Les chirurgiens préconisent l'ablation totale de la glande ; cette cure radicale serait excellente ; malheureusement, trop souvent, et nous en avons observé de nombreux cas, les malades reviennent quelques mois après l'opération, avec une récurrence, car la glande n'a pas été enlevée dans sa totalité. C'est du reste une opération très délicate, saignant abondamment, car l'anatomie nous apprend que l'on est dans une zone très vascularisée et comme nous le montrions précédemment sur notre cliché de Radio n° 2, il est très excusable d'omettre d'enlever ces quelques culs-de-sac glandulaires isolés, souvent très loin du gros de la glande. Malheureusement, en pratique, nous voyons fréquemment de telles opérations ; qui, modifiant le

trajet normal du canal et la situation de la glande, puisqu'il ne reste plus en général qu'une fistule, rendent le traitement médical couramment employé des plus difficiles.

Danger, également, heureusement moins fréquent, d'un hématome qui peut s'infecter et donner naissance à des cicatrices défectueuses pouvant aller jusqu'à un véritable délèbrement vulvaire qu'il nous a été permis d'observer chez plusieurs de nos malades.

Les médecins, au contraire, sont d'accord pour injecter dans la glande des antiseptiques.

Malheureusement devant les difficultés rencontrées pour cathétériser le canal excréteur, certains auteurs injectent en piquant directement la paroi dans la direction de la glande : opération délicate, souvent suivie de résultats désastreux, s'il s'épanche quelques gouttes de liquide en dehors du tissu glandulaire.

C'est ainsi que la méthode instituée par Gonin, Aoustin, puis reprise par Thorel du Havre, consistant à injecter du chlorure de zinc dans la glande directement, fut abandonnée par de nombreux praticiens qui n'ayant pas la pratique des promoteurs de la méthode, à la suite d'une faute opératoire très excusable, constataient des accidents graves, en particulier des escarres.

Il nous a semblé, après de nombreux essais thérapeutiques, qu'en pratique le traitement de choix est constitué par la méthode proposée par M. Janet dans son traité sur *La Blennorragie*, et qui consiste à laver les glandes infectées et leur canal excréteur.

Nous avons donc repris cette thérapeutique en en modifiant la technique. Sur les conseils de notre maître le Dr Clément Simon nous avons traité de nombreuses malades atteintes de bartholinites chroniques.

Le traitement est très simple : il s'agit de désinfecter la glande malade. L'antiseptique employé peut être soit le permanganate de potasse, soit l'argyrol à 10 % ou 20 % ; la solution faite extemporainement nous a toujours donné de bien meilleurs résultats qu'une solution préparée d'avance ; nous avons également employé le dibromomercurofluorescéine avec des résultats très satisfaisants. Certains auteurs, Lacapère en particulier en 1924, préconisait d'injecter une crème contenant le rayonnement total de radium.

Nous voyons donc que le médicament à employer importe peu, ce qu'il faut c'est l'appliquer dans de bonnes conditions,

En premier lieu nous avons été frappé de la difficulté que nous avons rencontré à découvrir l'orifice du canal excréteur en opérant seul.

Comme nous l'avons vu dans notre rappel anatomique, cet orifice est de siège très variable suivant les individus et souvent même l'orifice d'un côté n'est pas symétriquement situé avec l'orifice du côté opposé ; fréquemment recouvert d'un petit repli falciforme, ou même situé au fond d'une petite fossette.

Ce qu'il faut donc avant tout, pour le découvrir

facilement, c'est avoir un jour suffisant et les mains libres.

Devant la difficulté que l'on rencontre à être obligé de se faire assister d'un aide dont les mains qui écartent la vulve gênent l'opération, nous avons pensé à créer, avec le D^r Jean Bralez, un écarteur vulvaire permettant d'opérer seul.

Cet écarteur a d'ailleurs été présenté à la société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (séance du 14 avril 1932. *Bulletin de la Société de Derma. et de Syph.*, 1932, p. 535), par les bons soins du D^r Cl. Simon.

INSTRUMENTATION

Nous avons essayé successivement les spéculums et les valves ajourées, sans grand résultat car entre les parois à claire-voie, la muqueuse forme de nombreux replis, qu'il fallait de nouveau écarter pour bien découvrir la région ; d'autre part, les branches métalliques de l'appareil gênaient l'opération. Ces appareils ne répondaient donc pas du tout au but que nous nous proposons d'atteindre.

Nous sommes arrivé ensuite à l'écarteur fixe, là encore nouvel échec, car l'appareil étant fixe, tous les mouvements de la malade nous obligeaient à le remettre en place, cette difficulté dans la pose de l'appareil nous le fit rejeter rapidement.

Ce qu'il nous fallait c'était un écarteur fixé sur la malade obéissant à tous les mouvements de cette dernière, sans se déplacer, et s'adaptant à toutes les malades si différentes les unes des autres.

Le diamètre des cuisses varie avec chaque individu, de même la dimension des petites lèvres, qui peut aller de l'atrésie presque complète chez les vieilles femmes ou les femmes hysterectomisées jusqu'à atteindre parfois les mêmes dimensions que les grandes lèvres.

Nous avons donc établi un appareil réunissant ces différentes qualités et répondant parfaitement aux besoins que nous lui demandions.

Dans ce travail, nous avons voulu surtout montrer les applications de notre appareil dans le traitement des bartholinites chroniques.

Bien entendu, on pourra, à volonté, n'employer qu'un seul appareil si le traitement n'intéresse qu'une seule glande, et l'on aura suffisamment de jour pour pratiquer le cathétérisme du canal.

Nous réservons la pose des deux appareils (dans le cas particulier qui nous intéresse ici) lorsque l'on veut à la fois traiter les deux glandes.

Cet appareil a des applications multiples, toutes les fois que l'on doit pratiquer un examen vulvaire approfondi, ou effectuer une petite opération sur la vulve : cathétérisme difficile de l'urèthre, électrocoagulation des polypes du méat, des papillomes vulvaires, etc., en un mot dans toutes les petites interventions que le médecin ou le spécialiste sont appelés à effectuer seul dans leur cabinet.

L'appareil est constitué de deux parties, l'une droite, l'autre gauche identiques et rigoureusement symétriques. Chaque partie se décompose en deux pinces, deux bandes de caoutchouc et une pince de Sauphar.

Les pinces.

Elles sont constituées par deux plateaux en métal nickelé retenus à leur centre par un ressort, chaque plateau se termine à son extrémité libre par un bord légèrement éversé, muni à l'intérieur de canelures permettant une adhérence plus solide de la pièce sur la muqueuse.

Le ressort qui réunit ces deux plateaux *doit être suffisamment souple pour ne pas traumatiser les petites lèvres et pourtant assez ferme pour permettre une bonne adhérence et une prise efficace*. Le plateau supérieur, plus court, se termine par une zone large et plate sur laquelle le doigt fait pression pour faire ouvrir les mors de la pince.

Le plateau inférieur, plus long, présente à son extrémité un petit bouton sur lequel vient se fixer le caoutchouc. De constitution entièrement métallique elles sont d'une stérilisation simple.

Les caoutchoucs.

Ils servent à maintenir l'appareil en place et à en régler le degré de tension.

Deux branches, également de 2 cm. $1\frac{1}{2}$ de largeur, la branche supérieure plus longue mesurant environ 35 cm. se fixe d'une part à la pince qui tient la partie antérieure de la petite lèvre, l'autre extrémité se termine entre les deux mors de la pince de Sauphar, à une distance plus ou moins grande de son point de départ suivant le diamètre des cuisses.

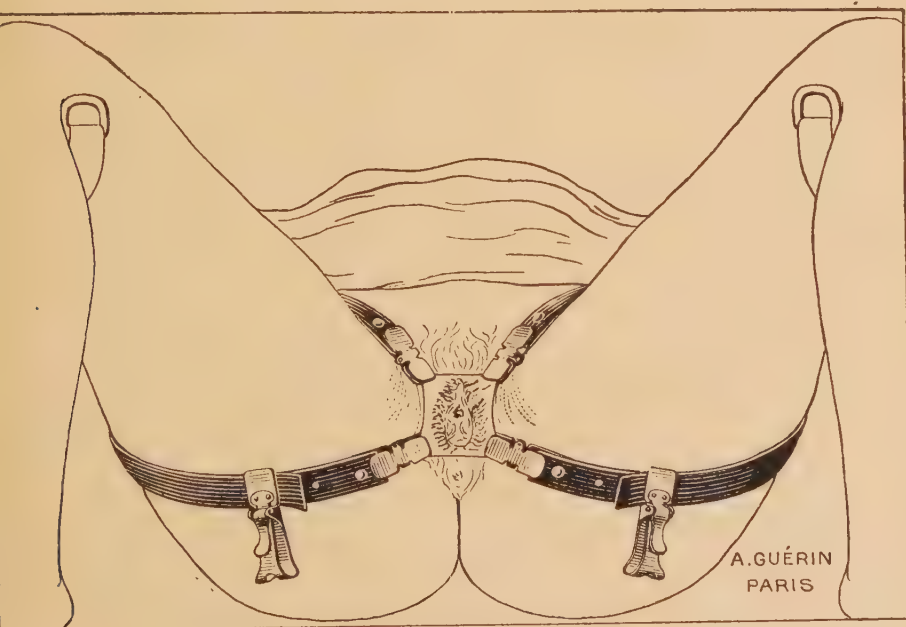
La branche inférieure ne mesure que 15 cm., elle est fixée des deux côtés d'une part à la pince qui enserme la partie postérieure de la petite lèvre, d'autre part à la pince de Sauphar.

De cette façon le régulateur de tension qu'est la pince de Sauphar se trouvera ainsi placé qu'il sera très aisé à l'opérateur sans se déplacer de modifier la longueur de la combinaison.

TECHNIQUE

Nous donnons ci-contre un schéma montrant notre appareil en place.

Il suffit pour appliquer les pinces de recouvrir la



petite lèvre d'une compresse, précaution qui a plus pour but de faciliter l'adhérence des mors que d'atténuer la douleur causée par la pression.

Cette douleur nous l'avons observée dans quelques rares cas, elle était toujours due à ce qu'on lâchait trop rapidement la pince et était causée par cette pression brutale, que l'on devra toujours éviter.

On fixera donc les deux pinces l'une à la partie antérieure de la petite lèvre, l'autre à la partie postérieure.

Pour avoir une bonne prise qui ne lâchera pas pendant tout l'examen, il ne faut pas craindre de prendre au moins $1/2$ cm. du bord de la petite lèvre entre chaque mors de la pince.

Les deux pinces étant en place, il suffit d'adapter les bandes de caoutchouc et d'effectuer le serrage.

Comme la femme est en position obstétricale, l'opérateur, assis devant elle, sans se déplacer pourra à sa convenance se donner plus ou moins de jour en tirant légèrement sur la branche supérieure qu'il fixera dans les mors de la pince de Sauphar.

Cette dernière, en effet, est placée au niveau du pli fessier.

L'appareil étant en place, bien réglé, il suffira de découvrir l'orifice du canal excréteur.

En se rapportant aux données de l'anatomie d'une part, l'habitude aidant, d'autre part, il sera facile le plus souvent de découvrir cette zone d'un rouge plus vif que le reste de la muqueuse vulvaire qui marque l'abouchement du canal excréteur à la muqueuse.

La palpation de la glande suivant la technique indiquée précédemment sera souvent du plus grand secours, car elle permet de voir sourdre une gouttelette de liquide au point exact de l'orifice.

Ce liquide qui a, à l'état physiologique, la couleur et la consistance du blanc d'œuf, sera blanchâtre ou même nettement purulent : verdâtre ou rougeâtre, à l'état pathologique.

L'orifice repéré soigneusement, il ne reste plus qu'à le cathétériser, ce second temps sera grandement facilité par l'habitude.

De diamètre variable, nous nous rappelons que ce conduit a une direction presque toujours identique, il se dirige en dedans en bas et en dehors.

Afin de faciliter son cathétérisme, nous avons fait fabriquer des aiguilles qui épousent autant que possible ses sinuosités.

Elles rappellent la forme des béniqués, leur extrémité mousse, donc non tramatisante, est terminée par un léger renflement olivaire, ce qui permet au liquide injecté de ne pas refouler entre l'aiguille et la muqueuse.

Afin de répondre aux variations de diamètres du canal, elles existent en 3 diamètres différents.

Il faut introduire l'aiguille le plus profondément possible. Nous insistons sur ce fait qui a une grosse valeur au point de vue durée du traitement, la guérison étant d'autant plus rapide que l'on injecte la solution antiseptique le plus près du siège de l'infection.

On introduit l'aiguille en présentant son extrémité, sur les bords de l'orifice, de dehors en dedans, puis dès son introduction on lui implique une pulsion allant de haut en bas, puis de dedans en dehors.

La manœuvre rappelle à beaucoup près celle de l'introduction d'un béniqué dans l'urèthre.

L'aiguille introduite sur une longueur de 2 cm. environ, parfois plus, il suffit alors de pousser sous faible pression le liquide choisi.

En général, on voit alors, la glande et le canal excréteur se gonfler et dès que l'aiguille est retirée, le liquide vient s'écouler au niveau de l'orifice.

Nous avons l'habitude, après l'injection, de masser soigneusement la glande, afin d'imprégner plus intimement le tissu glandulaire. En pratique nous employons presque toujours l'argyrol à 10 % préparé extemporanément.

L'injection doit être poussée librement sans qu'il faille exercer une trop forte pression sur le piston et sans que la malade n'éprouve de sensation de douleur.

Nous insistons sur ces deux points, car la pression exagérée et la douleur qu'elle provoque sont signe d'épanchement du liquide en dehors du canal et du tissu glandulaire.

Cette précaution et ce signe avertisseur ont une très grande valeur si l'on veut éviter les complications, en particulier les escarres.

Le nombre des injections est très variable, mais en général il nous suffit de 10 à 20 injections pour guérir nos malades. Ces injections seront faites si possible tous les jours ou tous les deux jours.

Nous nous aidons régulièrement de la bactériologie afin de contrôler les résultats cliniques, examens

directs sur frottis les premiers jours et surtout par la suite, cultures faites en série.

Nous suivons des malades depuis deux ans, sans qu'il nous ait été possible de déceler chez ces dernières la moindre récédive, tant directe que par contamination du partenaire.

Certaines formes sont beaucoup plus tenaces, en particulier chez les femmes enceintes d'une part et dans les récédives post-opératoires d'autre part.

La congestion vulvaire due à la grossesse, et qui donne à la vulve cet aspect si particulier, nous semble être la principale cause de résistance.

Les malades ayant subi une exérèse de la glande chez lesquelles il persiste une fistule, trajet aboutissant à un petit lobe glandulaire ayant échappé à l'ablation, d'où la difficulté du cathétérisme, nous semble être la principale cause d'insuccès.

Dans certains cas cependant, notre thérapeutique s'étant montrée inefficace, nous n'avons pas hésité à confier nos malades au chirurgien.

Sur plusieurs centaines de cas que portent nos observations, nous n'avons employé cette thérapeutique que dans cinq cas. Et dans presque tous les cas nous avons affaire à des malades très irrégulières dans leur traitement.

CONCLUSIONS

La bartholinite chronique est un véritable danger social au point de vue contagion de la blennorrhagie. Ignorée le plus souvent des malades c'est au médecin de la dépister.

En effet, sauf les cas de recrudescence subaiguë au cours de ces bartholinites chroniques, c'est généralement à la suite d'un examen gynécologique général, ou de la contamination du partenaire que l'on est appelé à les découvrir.

C'est donc un devoir de les traiter énergiquement, afin de désinfecter entièrement des culs-de-sac glandulaires, source malheureusement trop fréquente de contagion, par des femmes dont le reste de l'appareil génito-urinaire semble présenter une intégrité parfaite à l'infection gonococcique.

La difficulté du traitement, simple en apparence (il suffit, en effet, d'injecter un antiseptique dans le canal excréteur et jusque dans la glande), réside dans les moyens dont on dispose pour l'appliquer. D'autre part l'anatomie nous montre combien sont nombreuses les variations anatomiques de chaque individu.

Devant ces difficultés opératoires nous avons pensé à créer une instrumentation spéciale nous permettant d'opérer seul et dans les meilleures conditions.

Nous avons donc créé un écarteur vulvaire pouvant s'adapter sur n'importe quelle malade ; l'appareil est fixé sur la malade elle-même, et réglable à volonté. Il se compose de deux branches, l'une droite, l'autre gauche, chacune se décomposant en deux pinces, deux brides de caoutchouc et une pince de Sauphar.

Il suffit de prendre entre chaque mors, pour la pince supérieure la partie antérieure de la petite lèvre, la pince inférieure maintenant la partie postérieure de cette petite lèvre.

La pince de Sauphar, servant à régler la tension de l'appareil, se trouve située dans le pli fessier, donc placée à portée de l'opérateur, qui, sans se déplacer, peut à volonté se donner tout le jour nécessaire.

Il suffit ensuite de cathétériser le canal avec une aiguille spéciale et d'injecter sous assez faible pression une solution antiseptique. Dans notre pratique, nous donnons la préférence à l'argyrol à 10 % préparé extemporanément.

Les résultats sont très satisfaisants et dans les nombreux cas qu'il nous a été permis de traiter nous n'avons eu que de rares succès.

Certaines formes sont cependant particulièrement résistantes : la bartholinite chronique au cours de la grossesse d'une part, les séquelles post-opératoires d'autre part.

Dans certains cas cependant particulièrement résistants, nous n'avons pas hésité à confier nos malades aux chirurgiens pour cure radicale. Cette opération très délicate doit être pratiquée avec beaucoup de précautions si l'on veut éviter les récidives, ou les délabrements post-opératoires.

Vu : le Président de la thèse,
MARION.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bartholin.* — De ovariis mulieres. Rome, 1677.
- Hughier.* — Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes externes de la femme, 1850.
- Welanders.* — Über das Vorkommen der gonococcus bei bartolinitis (Vierteljahr. f. Derm. und syph., 1883, p. 19).
- Sorrentino.* — Contribuzione allo studio e istologico terapeutico delle Barthol. Blenn. (Giornal. Ital. Mal. Ven., 1902, p. 385).
- Martineau.* — Leçons cliniques sur la blennorrhagie chez la femme. Delahaye, éditeur. Paris, 1885.
- Fauvel.* — De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale. Thèse Paris, 1885-1886, n° 86.
- Belgodère.* — La bartholinite isolée des vieilles (Ann. d. Mal. Vén., 22.816, nov. 1927).
- Franco.* — Contribution à l'étude des Bartho. et en particulier de leurs formes chroniques.
- Gonin (Aoustin).* — Zinc ghlorid in Bartholinitis (J. Ama. A. 84.474, 7 fév. 1925).
- Bizard (Léon) et Blum (Paul).* — La bartholinite blennorrhagique (Ann. Mal. Vén., 1921-1922).

Lacapère. — Traitement des bartholinites chroniques par le rayonnement total du radium.

Sézary, Duruy. — Le traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale (Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 53.337, 11 mars 1929).

Verchère. — La blennorrhagie chez la femme, 1894.

